

Locality/FIPS _____

Case # _____

Date Application Received _____

Worker # _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE COMBUSITBLE**POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS ÍNTEGRAMENTE***Las solicitudes se aceptan desde el 2º martes de octubre hasta el 2º viernes de noviembre*

¿En qué ciudad o condado vive? _____

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del segundo nombre) _____

¿Cuál es la mejor manera de que su trabajador se ponga en contacto con usted? CIRCLE sólo una opción

Dirección física/de servicio _____

Ciudad/ Estado, Código postal _____

Idioma principal que se habla en su hogar _____

Dirección de correo _____

Ciudad/ Estado, Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Método preferido de correspondencia (Nota: esto no es lo mismo que la mejor manera para que su trabajador se ponga en contacto con usted)

Si desea recibir un mensaje de texto o un correo electrónico para notificarle que puede acceder electrónicamente a algún correo acerca de sus beneficios a través de CommonHelp, seleccione una de las opciones de la parte inferior. Facilite un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija su método electrónico de correspondencia preferido, se utilizará para todos los programas en el caso para el que haya presentado su solicitud. Si no elige recibir notificaciones mediante un mensaje de texto o un correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del servicio de correos de Estados Unidos. Si realiza una solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará a usted por correo toda la correspondencia. El solicitante puede contactar con el departamento local de Servicios Sociales para informarse de cómo cambiar el método de correspondencia.

 Mensaje de texto Correo electrónico

Teléfono móvil para mensaje de texto: _____

Proveedor de servicios de telefonía móvil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

1. MARQUE SÍ o NO para responder a cada una de las preguntas siguientes.**A.** Yo pago la calefacción en mi hogar. SÍ NO**B.** El aceite, keroseno, Propano líquido (LP)/Gas envasado, carbon, o madera me llega a la casa. SÍ NO**2. HAGA UN CÍRCULO en la letra que mejor describa su situación de vivienda actual. Lea todas las alternativas antes de elegir una. HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA****A.** Soy propietario o estoy comprando mi casa y pago todas las facturas de aire acondicionado.**G.** Vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, ó vivienda subsidiada y pago regularmente algunas o todas mis facturas de aire acondicionado.**B.** Soy propietario o alquilo mi casa y no pago factura de aire acondicionado.**I.** Vivo en una habitación en la casa de otra persona.**C.** Pago el alquiler y también el aire acondicionado separadamente.**L.** Vivo en una institución, vivienda colectiva, centro de tratamiento u hogar para adultos.**E.** Pago el alquiler y el aire acondicionado está incluido en el pago del alquiler.**P.** No pago alquiler y vivo en más de una habitación, casa o apartamento y pago por la calefacción/aire acondicionado.**F.** Vivo en una vivienda subsidiada, Sección 8, HUD, ó vivienda pública y pago ocasionalmente los cargos por el consumo extra.**Q.** Vivo en un refugio de emergencia o no tengo hogar. He hecho un arreglo para mudarme a una casa, apartamento o a más de una habitación.**3.** ¿Todas las personas en su grupo familiar son ciudadanos de los Estados Unidos? SÍ NO

Si contestó NO, ¿quién no es ciudadano? _____

4. ¿Alguien en su grupo familiar es discapacitado? SÍ NO

Si contestó SÍ, ¿quién es discapacitado? _____

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____**6.** ¿Hay alguien fuera de casa temporalmente? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿En qué fecha se espera que regresa? _____

Identifíquese usted primero y luego todas las personas que viven en su hogar. **Provea el numero de Seguro Social para cada una de las personas que viven en su casa.** Complete la información para cada persona.

NOMBRE	RELACIÓN CON LA PERSONA EN LA LÍNEA 1	Nº del SEGURO SOCIAL	GENORO	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO O LATINO		TRABAJA		CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL BRUTO	INGRESOS PAGADOS semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes, mensualmente	INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS Ingresos obtenidos (Lista el nombre del empleador/empresa); Autoempleo; Desempleo; Compensación del Trabajador; SSI; Seguridad Social; Beneficio para Veteranos; Jubilación; TANF; Manutención infantil; Alimonia; Ingresos de alquiler; Etc.
						Sí (S)	No (N)	Sí (S)	No (N)			
	Persona que responde											

7. ¿Algún miembro del grupo familiar recibe beneficios SNAP (anteriormente cupones de alimentos, Food Stamps)? SÍ NO Si contesto SÍ, indique nombre del caso(s) _____
8. ¿Algún miembro del grupo familiar recibe Medicaid? SÍ NO Si contesto SÍ, indique nombre del caso(s) _____
9. ¿Se recibe Medicaid Home y cuidado basado en la comunidad? SÍ NO En contestó sí, ¿para quién? _____ La cantidad pagada por el paciente es \$ _____
10. ¿Alguien paga el seguro médico Parte B o D de Medicare? SÍ NO Si contestó sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto? \$ _____
11. HAGA UN CÍRCULO en el tipo de equipo que usa como fuente de calor principal para su hogar. HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA.
 Caldera Radiador Calefactor portátil Estufa ambiental con ventilación (calefactor con un tubo de escape exterior o sistema de monitoreo)
 Calentador de base Bomba de calor Chimenea Estufa de carbón o madera Estufa de cocina Ninguno Desconocido
12. HAGA UN CÍRCULO sobre el tipo de combustible que usa para calentar su hogar. HAGA UN CÍRCULO SOLO EN UNA.
 Electricidad Gas natural Aceite Keroseno transparente Teñido keroseno (rojo) Carbón Leña Propano líquido (LP)/Gas envasado
13. Nombre y dirección de la empresa usada para calentar el hogar. _____
 Si usted calefacciona con electricidad o gas natural, adjunte una copia de su cuenta de electricidad o gas vigente. Solo pueden hacerse pagos de Asistencia de combustible si usted tiene un saldo pendiente en su cuenta de electricidad o gas natural. Complete los siguientes datos:
 Nombre de la cuenta _____ Número de cuenta _____ ¿Quién es responsable de pagar la cuenta? _____
 ¿El pago se hace por un pago automático de débito/crédito o en un giro bancario mensual? SÍ NO

Las siguientes preguntas se requiere para efectos de información federales sólo. Sus respuestas no afectarán el proceso de su solicitud, su elegibilidad, o su cantidad de beneficios.

14. Nombre de la compañía usada para el servicio eléctrico: _____
 Nombre de cuenta _____ Número de cuenta _____
15. Por favor, describa abajo las circunstancias actuales de la energía de su grupo familiar:
 Primario Calor - Ya desconectado Compañía: _____ Fecha de desconexión: _____
 Aviso de desconexión recibido de calor primario Compañía: _____ Fecha de desconexión programada: _____
 Cuenta de electricidad prepago ¿Balance de \$25 o menos? SÍ NO Balance de cuenta: \$ _____
 Tanque: propano/gas envasado ¿Menos de 20% en el tanque? SÍ NO Tamaño de su tanque: _____ ¿Cuál es el porcentaje de su tanque hoy? _____ %
 Tanque: aceite o keroseno ¿Menos de 25 galones en el tanque? SÍ NO Tamaño de su tanque: _____ ¿Cuántos galones hay en su tanque hoy? _____
 Carbón o madera ¿Suministro menor a 7 días? SÍ NO ¿Cuántos días de suministro de carbón o madera le quedan? _____

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de Virginia (DHCD, por sus siglas en) administra el Programa de Asistencia de Climatización (WAP, por sus siglas en siglas en norte) a través de una red de organizaciones sin fines de lucro en todo el estado. El WAP reduce el uso de energía en los hogares mediante la instalación de medidas de ahorro de energía rentables, que también mejoran la salud y la seguridad de los residentes. Medidas comunes que incluyen el sellado de fugas de aire, la adición de aislamiento y la reparación de sistemas de calefacción y refrigeración. Más información sobre el WAP está disponible en <https://www.dhcd.virginia.gov/wx> o llamando al (804) 371-7000.

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información mencionada arriba y en documentos adjuntos es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Notificaré al Departamento de Servicios Sociales dentro de 5 días si se produce algún cambio en mi situación. Entiendo que ningún miembro de mi hogar ni yo podemos vender mercancía comprada en mi nombre por medio del programa, a menos que el departamento local de servicios sociales haya otorgado el permiso para hacerlo. Todos los beneficios recibidos deben ser utilizados para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si siento que me han discriminado debido a mi raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo, edad, opinión política, religión, orientación sexual o estatus civil o familiar. Si brindo información falsa, retengo información, no informo los cambios de inmediato o recibo asistencia para la cual no soy elegible, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude. Si completé o ayudé a completar este formulario de solicitud y ayudé e induje al solicitante a obtener asistencia para la cual no es elegible, podría estar infringiendo la ley y ser procesado. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales puede utilizar la información de esta solicitud o puede comunicarse conmigo con fines de investigación, evaluación y análisis hasta donde sea permitido por la ley estatal o federal. Mi firma autoriza al Departamento de Servicios Sociales a obtener cualquier verificación para establecer la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia, o a dar información de mi archivo a otras organizaciones a las que he solicitado o recibido asistencia. Entiendo que, al proporcionar información de la cuenta de mi proveedor(es) de energía, estoy autorizando al(los) proveedor(es) de energía a proporcionar detalles acerca de mi cuenta y uso energético al DSS para propósitos de análisis y evaluación del programa. Acepto eximir y/o liberar de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de energía por cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño u obligación de cualquier tipo originada o presuntamente originada por dicha divulgación. **Si su solicitud se aprueba, se le enviará su Notificación de Aprobación por correo a finales de diciembre.**

Firma del solicitante OR Mark: _____ Fecha _____
 Testigo de Mark o intérprete: _____ Número de teléfono _____ Fecha _____
 Completado en nombre del solicitante por: _____ Número de teléfono _____ Fecha _____